



За редакцією  
ВОЛОДИМИРА МАРТИНЮКА

Том 2

# Основи

соціальної педіатрії



УДК 616.83:364.62-053.2

ББК 56.12

О64

О64 **Основи соціальної педіатрії.** Навчально-методичний посібник: у 2-х т. / За редакцією Мартинюка В.Ю. – Т. 2. – К.: ФОП Верес О.І., 2016. – 480 с. ISBN 978-617-657-034-9

У двотомному виданні висвітлений сучасний етап становлення дитячої реабілітаційної служби в Україні в аспекті реалізації Концепції соціальної педіатрії. В книзі представлений власний багаторічний досвід авторів по практичному впровадженню сучасних реабілітаційних та діагностичних методик, направлених на створення життєвого простору дитини з обмеженням життєдіяльності та її родини в суспільстві.

Навчально-методичний посібник розрахований на фахівців: студентів медичних та педагогічних вищих навчальних закладів, неврологів, психіатрів, педіатрів, лікарів загальної практики та сімейної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, логопедів, спеціальних педагогів.

УДК 616.83:364.62-053.2

*Затверджено Вченою медичною радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (протокол №7 від 15.06.2016 р.)*

**Рецензенти:**

**Ю.Г. Антипкін** – академік НАМН України, доктор медичних наук, професор, директор ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»

**В.М. Синьов** – академік НАПН України, доктор педагогічних наук, професор, директор Інституту корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова

**М.Є. Маменко** – доктор медичних наук, професор кафедри педіатрії №2 НМАПО імені П.Л. Шупика

ISBN 978-617-657-034-9

© В.Ю. Мартинюк, 2016

© О.І. Верес, 2016

**Розділ 5. Методики з органічним ураженням**

Бобат-концепція в системі реабілітації дітей

Л.П. Яковлева, С.Я. Омелянчик

Войта-терапія як методика з руховими порушеннями

К.Е. Тараканова

Методика динамічної проп'єкції

О.Г. Крамчанінова, Л.В. Задоян

О.А. Майструк, С.В. Гавриш

Сенсорно-інтегративна теорія психосоціальної моделі реабілітації

В.С. Спасібухова, І.В. Мельник

Фізична терапія в комплексі реабілітації дітей з патологією нервової системи:

1. Лікувальна фізкультура

Основні положення

С.Я. Омелянчик

2. Кінезіотейпування

Л.В. Задоян

3. Заняття на електромагнітних доріжках

С.Я. Омелянчик

4. Батут

Л.В. Задоян

5. Динамічний пароподіум

С.Я. Омелянчик

Технічні засоби реабілітації

С.Я. Омелянчик

Фізіотерапевтичні методи в комплексній реабілітації

К.Е. Тараканова

1. Біомеханічна стимуляція

2. Теплолікування

**Розділ 6. Методики та корекційної педіатрії**

Сприйняття батьками хворої дитини з обмеженням життєдіяльності

Т.В. Борщенко

Робота психолога з матерями з органічним ураженням нервової системи на реабілітаційному курсі

І.М. Клещєрова

Інформативно-корегувальна робота психолога з матерями з порушеннями розвитку

І.М. Клещєрова



## ЗМІСТ

## Розділ 5. Методики медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи ..... 5

Бобат-концепція в системі медико-соціальної реабілітації дітей ..... 6	3. Пневмомасажний комплекс «Анаконда» ..... 97
Л.П. Яковлева, С.Й. Омелянчик	4. Магнітолазерна терапія ..... 98
Войта-терапія як методика реабілітації дітей з руховими порушеннями ..... 12	Особливості навчання плаванню дітей раннього віку з ушкодженням нервової системи ..... 100
К.Е. Тараканова	Л.В. Задоян, Г.О. Макарова
Методика динамічної пропріоцептивної корекції ..... 20	Рефлексотерапія як методика реабілітації дітей з церебральним паралічем ..... 102
О.Г. Крамчанінова, Л.В. Задоян, О.А. Майстрок, С.В. Гаврилюк	В.В. Абраменко
Сенсорно-інтегративна терапія в системі біо-психосоціальної моделі реабілітації дітей ..... 23	Нормобарична гіпокситерапія в комплексній реабілітації дітей з церебральним паралічем ..... 107
В.С. Спасібухова, І.В. Михайлюк	О.В. Назар, В.А. Березовський
Фізична терапія в комплексній реабілітації дітей з патологією нервової системи:	Методики консервативної нейроортопедичної допомоги дітям з патологією нервової системи:
1. Лікувальна фізкультура. Масаж. Основні положення ..... 49	1. Консервативне лікування контрактур кінцівок у дітей з церебральним паралічем ..... 117
С.Й. Омелянчик	О.А. Данилов, В.І. Машуренко, О.Г. Крамчанінова, М.А. Моця
2. Кінезіотейпування ..... 70	2. Релаксуючі блокади м'язової спастики ботулотоксином типу А у дітей з церебральним паралічем ..... 121
Л.В. Задоян	О.Г. Крамчанінова, В.І. Машуренко
3. Заняття на електромеханічних («бігових») доріжках ..... 73	3. Ортезування при м'яких та спастичних парезах ..... 126
С.Й. Омелянчик	О.А. Данилов, О.Г. Крамчанінова
4. Батут ..... 75	Нейрохірургічні методики корекції рухових порушень у дітей з церебральним паралічем ..... 130
Л.В. Задоян	В.І. Цимбалюк, Л.Д. Пічкур, Ю.А. Лонтковський
5. Динамічний пароподіум ..... 77	Стан мікробіоти у дітей з органічним ураженням нервової системи та методики корекції ..... 138
С.Й. Омелянчик	В.Ю. Мартинюк, Р.О. Моїсєєнко, В.В. Бережний, В.Г. Козачук, О.А. Майстрок
Технічні засоби реабілітації і їх підбір ..... 83	
С.Й. Омелянчик	
Фізіотерапевтичні методики в комплексній реабілітації дітей:	
К.Е. Тараканова	
1. Біомеханічна стимуляція м'язів ..... 92	
2. Теплолікування ..... 94	

## Розділ 6. Методики реабілітаційної психології та корекційної педагогіки ..... 145

Сприйняття батьками хвороби дитини з обмеженням життєдіяльності ..... 146	Нейропсихологічна реабілітація як складова індивідуальної програми реабілітації ..... 162
Т.В. Борщенко	Р.В. Богуш
Робота психолога з матерями дітей з органічним ураженням нервової системи на реабілітаційному курсі ..... 152	Елементи поведінкового підходу в психологічній корекції дітей з патологією нервової системи (оперантне зумовлення) ..... 171
І.М. Клещєрова	І.М. Клещєрова
Інформативно-корегувальний напрямок роботи психолога з матерями дітей з порушеннями розвитку ..... 157	Застосування методики ескалації тактильного контакту у психологічному супроводі дітей з гіперактивністю та порушеннями поведінки ..... 176
І.М. Клещєрова	О.М. Тохташи, І.С. Соколовська

осібник: у 2-х т. /  
О.І., 2016. – 480 с.

лення дитячої ре-  
оціальної педіатрії.  
ів по практичному  
методик, направле-  
життєдіяльності та

вців: студентів ме-  
огів, психіатрів, пе-  
ізичних терапевтів,

616.83:364.62-053.2

ної академії  
15.06.2016 р.)

наук, професор,  
МН України»

т наук, професор,  
дльного

педіатрії №2

В.Ю. Мартинюк, 2016  
О.І. Верес, 2016



## Застосування методики ескалації тактильного контакту у психологічному супроводі дітей з гіперактивністю та порушеннями поведінки

О.М. Тохтамиш, І.С. Соколов

**П**сихологічна складова у реабілітації дітей з гіперактивним розладом і дефіцитом уваги є суттєвою та необхідною. Метою роботи є визначення ролі чинників соціального середовища, які сприяють збільшенню проявів гіперактивної поведінки і дефіциту уваги дітей з метою їх усунення та зменшення їх впливу на ефективність методики психологічного супроводу, створеної на основі аналізу цих чинників. Завдання полягають в теоретичному дослідженні соціальних умов, які сприяють розвитку гіперактивної поведінки та дефіциту уваги в перших місяцях життя дитини, ефективності методики ескалації тактильного контакту (ЕТК) серед дітей дошкільного та молодшого шкільного віку з гіперактивністю та дефіцитом уваги.

На важливій ролі соціальних чинників у формуванні дитячої гіперактивності та дефіциту уваги наголошують німецькі автори І. Прекоп та К. Швайцер. Вони назвали ознаки гіперактивності, які можуть не проявлятися досить тривалий час після народження дитини:

- діти можуть бути спокійними під час улюбленого заняття, але якщо заняття таке цікаве, дитина може концентрувати увагу тільки під керівництвом дорослого;
- наявність вираженого зниження розвитку соціальних стосунків, нездатність у групі;
- неспокій дитини передається батькам – замість того, щоб упорядковувати та вирівнювати рухові імпульси дитини, батьки самі «заводяться» під впливом неспрямованих імпульсів дитини;
- для зниження нестерпного неспокою дитини батьки починають її утримувати та пропонують солодощі, телевізор тощо, діти «споживають усе це та, окрім енергії батьків». Батьківські дії не організовуються для спрямування «дитячої» дитячої активності в адекватне русло.

Після відбору цими авторами з групи гіперактивних дітей тих, хто не страждає на психічні захворювання, неврози, психосоматичні прояви, емоційні розлади, алергію, тілесні ушкодження, ускладнення прийому їжі, що могло впливати на виникнення неспокійної чи гіперактивної поведінки, були отримані наступні результати. У відібраних дітей гіперактивність почала проявлятися у віці до 18 місяців, а найбільш критичний період її виникнення – від 9 до 18 місяців, тобто час, коли дитина починає активно рухатися, вчитися повзанню та ходінню, активно проявляти себе в просторі. На думку авторів, саме в цьому віці формується зв'язок між рухами та каналами сприймання. Через досвід, що повторюється, формуються навички, установки, мотивація, зацікавленість, адаптаційна готовність.



У цій сенситивній фазі через цілеспрямоване управління активністю можна пом'якшити стійкість до гіперактивності, пом'якшити чи суттєво знизити її прояви. 33% таких дітей моторний неспокій спостерігався під час народження, при цьому 10% з них підвищена рухливість виникла в перші місяці життя. Всі інші діти до шестимісячного віку були спокійними та не мали проявів надмірної рухової активності. Після у віці від 9 до 18 місяців став помітний їхній неспокій, що почав проявлятися у моторній нестриманості. У половини цих дітей початок гіпертрофованого неспкою співпав з часом засвоєння самостійного ходіння. В середньому цей вік становить 12 місяців та відповідає нормам розвитку. 32% дітей стали неспокійними після того, як навчилися повзати, 18% – через декілька місяців після того, як навчилися ходити.

Під час обстеження у батьків запитували, чи дозволяє дитина тримати себе на руках, мати або батько сидить. Відповідь на це запитання може свідчити про те, чи батьки в змозі спрямовувати імпульси рухів, що формуються у дитини. 46% гіперактивних дітей у віці до 18 місяців не давали тримати себе на руках у батьків, які сиділи. Це проявлялось навіть тоді, коли дитині пропонувалось щось цікавіше (їжа, гра). Тільки 8% дітей лишались сидіти без якогось заохочення, а 46% – танцю.

З психофізіології процесу активного сприймання відомо, що концентрація на певних відчутті, вслухання, спостереження тощо робить людину нерухою; людина відкидає неважливі у даний момент сигнали, щоб віддати перевагу важливим. Для виконання якоїсь точної дії потрібно загальмувати діяльність багатьох м'язів. Наприклад, при зведенні вежі з кубиків дитина вчиться дозувати силу та напрямок рухів. Для того, щоб успішно виконати завдання, пов'язані з моторними діями, дитина має стримувати моторику всього тіла. Кожний неосторожний, неухвалений рух руйнує всі попередні здобутки.

Вік 7-18 місяців у дитини з'являються перші специфічні прояви уявлення про власну вагу у грі з дитиною «зникає» та знову з'являється з-за хустки чи меблів, коли дитина тягне за мотузку й іграшка рухається).

У цій діяльності дитина вчиться орієнтуватись у просторі, розрізняти та диференціювати свої рухи й при цьому гальмувати певні імпульсивні рухи, а також виділяти ті, на які спрямована увага. Вона вчиться планувати доцільні напрямки руху та співвідносити власну силу рухів з реальними потребами. На цьому етапі дитина робить і перший крок в усвідомленні часу: «спочатку.., потім...». Вона в цих діях може бути вневною у собі. Може пробуджуватися радість від виконання дій та переконання, що дитина може покластися на власні сили.

Життєвий шлях людини складається з багатьох циклів та ритмів. Відображення ритмів дитина не може розвивати сама, вона має засвоїти їх з оточуючого середовища. Посередниками в цьому можуть стати батьки. При дефіциті такого середовища дитина продукує власні рухи, які повторюються та співвідносяться з іншими діями злостимулюючого характеру. Вона мусить рухатись сама, щоб мати відчуття про ритм. Вона може битися головою об подушку, знаходячись у ліжку, битися за колінах, повзати за одним маршрутом багато разів. Їй потрібна можливість битися у ритмі, вона махає руками у стереотипних рухах навколо себе, навіть проявляє гіперактивність власної поведінки.



Чим більше дитина обмежується своїми власними «ерзац-ритмами», тем більше це впливає через безглузду неспокійну діяльність на її адаптивність та тим більше вона зможе пристосуватись до зовнішнього світу.

Якщо значення турботи про тактильну, тілесну перцепцію їхньої дитини батьками недооцінюється, це може призвести до гіперактивності. І. Прекоп та К. Швайцер акцентують увагу на значенні тілесної перцепції (відчуття тіла) у ранньому віці. Для неї вони відносять комплексне сприймання дотику (тиск, температура, біль), рівноваги (орієнтація у просторі, баланс положення тіла). Ці три компоненти відчуття тіла є невід'ємними один від одного. Важливими ознаками відчуття тіла вважаються реакція на дотик, готовність взаємодіяти з дотиком людини або предмета, здатність зосереджувати увагу на важливих подразниках, гальмувати реакції на другорядні подразники.

Досвід обмеження рухів дитина отримує до свого народження. Хаотичні рухи плоду в череві матері з часом все більш гальмуються меншим простором у матці. Плід має власну активність у відповідності до активності майбутньої матері. Встановлено, що коли мати спокійно дихає, залишаючись нерухомою, кількість коливань стає вже у середньому від 60 до 80 за хвилину. Також встановлено, що коли мати робить щось фізично, кількість коливань плоду перевищує 100 за хвилину. Коли мати відчуває спонтанні рухи плоду та відповідає ніжним дотиками та погладженням у цьому місці, плід реагує новими рухами. Після народження тісний зв'язок дитини з матір'ю залишається досить тривалий час. До 2-3 років життя потреба в захисті та зв'язку з матір'ю є домінуючою. Тільки згодом поступово виходить на перший план потреба у відокремленні та проявах власної волі. Внутрішнє стримування дитина може проявляти тільки тоді, коли є зовнішнє стримування ззовні.

І. Прекоп та К. Швайцер вважають, що доки дитина у процесі «гальмування» нелеспрямована активність» не може орієнтуватись свідомо, вона потребує допомоги дорослих, щоб вони робили це за неї. Дитина має бути здатною до гальмування та бути керованою в опануванні незрілих рухів, щоб поступово приймати керування власним тілом. Відсутність будь-яких обмежень часто супроводжується недостатньою увагою до дитини з боку батьків та може бути одним з чинників виникнення гіперактивної поведінки.

Пошуки ефективного психологічного супроводу дітей, які своєчасно не отримали достатньо батьківського тактильного контакту, привели до створення методик, які надають дитині можливість певною мірою його відновити через тривале тримання батьками чи особами, які її виховують.

### **Методика ЕТК у психологічному супроводі дітей з гіперактивністю і дефіцитом уваги та її ефективність**

Методика холдингу вперше була описана американським психіатром Мартином Уелч та використовувалася у лікуванні раннього дитячого аутизму. Холдинг — це рідом інтенсивного фізичного та емоційного контакту. Цікаво, що всі діти, які відносно добре адаптовані звичайні діти, проявляють спочатку реакцію, власним аутичним дітям, стають сердитими та відсторонюються від матерів.



Зараз ця методика є досить поширеною як засіб вирішення широкого спектру психологічних проблем у дітей різного віку і навіть дорослих. Модифікаціями холдингової терапії є методики терапії міцним утримуванням (Festhaltetherapie) І. Прейсера, інтерактивний тілесний тренінг KIT (Körperbezogene Interaktionstherapie) Ф. Лексена. Спільною їхньою характеристикою є тривалий тактильний контакт батьків або близьких людей з дитиною. Нами було розроблено власну модифікацію методики ЕТК.

Однією з можливостей актуалізації батьківської емпатії є привернення уваги батьків до певних особливостей спілкування з власною дитиною. Незрілість дитини часто проявляє типову картину, коли діти не реагують на батьківський голос, особливо коли вони зайняті чимось цікавим. Способи залучення уваги дитини дорослими, трапляється, використовують переважно лише один із сенсорно-модальних каналів сприймання, створюючи перевантаження у сприйманні їх дитини. Часто це залучення слухового каналу сприймання. Ми використовуємо принцип сенсорно-модальної інтеграції у взаємодії дорослого з дитиною та звертаємо увагу на важливість використання інших каналів сприймання, окрім «говоріння», насамперед візуального та тактильного. На роль тактильного контакту між батьком і дитиною, вказує, зокрема, Росс Кемпбелл. Комбінуючи та інтегруючи сенсорно-модальні канали взаємодії, як «говоріння – слухання», «показ – зорове сприймання» та «дотик – тактильне сприймання», можна суттєво поліпшити здатність дитини зосереджуватись на інформації, яка виходить від батьків.

Під час сесії ЕТК дитину утримують у тілесному контакті з матір'ю, батьком або іншим близьким родичем протягом 1-2 годин (1 година – мінімум) за один сеанс. Використання психологічної допомоги за методикою ЕТК складається з 7-10 щоденних сесій.

Важливою є вмотивованість батьків на проведення серії сеансів як єдиного цілої. Припинення заняття, особливо на протестній фазі, може призвести до негативних наслідків та звести нанівець увесь механізм дії інтегративної методики. Робота батьківською мотивацією є не менш важливою, ніж власне сеанси утримання. Ми розрізняємо три основні фази у процесі ЕТК: протестну, спокою та активного спілкування. Під час протестної фази батьківська поведінка модифікується, виходячи з розуміння, що і як казати заради втихомирення та заспокоєння дитини, а з того, чим саме ставитися до емоційного стану дитини, приймати його таким, який він є, таким, що відображує як страждання, так і маніпулятивну складову протесту дитини, що прагне уникнути контакту. Перед проведенням сесії, кожного сеансу, під час спокійної фази та фази спілкування спеціаліст надає батькам зразки позитивних тверджень (афірмацій), які без використання граматичної частки «не» відкидають можливість позитивних змін. Використання граматичних форм у відкиданні, що висловлює можливість, упереджує протест, тому що не містить категоричності та дає дитині вибір свого ставлення, стану, поведінки. Не рекомендується вимагати дитину, заспокоювати її прямими проханнями. Виключається використання спілкування через книги, іграшки. Не дозволяються сторонні подразники: магнітофон, радіо, телевізор. Поступово у процесі занять зменшується тривалість протестної фази, яка зазвичай через декілька сеансів зникає або переходить в активну форму і, врешті-решт, до фази активного безпосереднього спілкування.



У результаті комплексного аналізу нами були виділені наступні атрибутивні характеристики психологічного супроводу під час використання методики ЕТК:

- а) щодо рухових обмежень:
  - чітке, стійке та визначене обмеження рухової активності дитини протягом незвично довгого для неї часу;
  - це обмеження встановлюється з боку найближчих, найрідніших для дитини людей (батьків, постійних вихователів);
  - у жодному разі це обмеження не декларується як засіб виховання, покарання і т. ін.
- б) щодо процесуальності та організації проведення методики в часі:
  - постійність (щоденність) використання процедури протягом значної кількості (7-10) днів;
  - наявність різних фаз протягом використання процедури за цією методикою та поступовий або стрімкий перехід від фази протесту в поведінці дитини до фази вербального спілкування;
  - невизначеність для дитини часу, протягом якого здійснюється ця процедура, надання з боку батьків непрямих відповідей на запитання дитини щодо з'ясування її часових параметрів.
- в) щодо впливу експериментальної ситуації на реорганізацію психічних процесів та психічного розвитку дитини:
  - ескалація однієї з найбільш значущих у ранньому дитячому віці модальностей сприймання – тактильної чутливості;
  - створення ситуації, в якій значно збільшується можливість для дитини мати таку важливу невербальну дієву характеристику спілкування, як «контакт очима», тобто погляд іншої людини в очі з її одночасним зворотним поглядом;
  - створення ситуації, в якій значно збільшується ймовірність спілкування застосуванням декількох каналів сприймання, особливо тактильного та вербального;
  - обмеження рухової активності спонукає до прояву інших форм активності, зокрема, тому числі вербальної;
  - створення ситуації штучного гальмування моторних імпульсів як однієї з багатьох подібних можливостей для гіперактивної дитини;
  - умовно-рефлекторне пов'язування гальмуючої дії на дитину з боку батьків (вихователів) із впливом вербальних послань, що збільшує «вагу» останніх.
- г) щодо батьківської мотивації:
  - відповідальність батьків під час процедури має бути зумовлена їхньою достатньо високою мотивацією до позитивних змін у контакті з дитиною та можливостей більшої цілеспрямованості її поведінки;
  - недостатня мотивація у батьків, вагання, невпевненість, недовіра до спеціаліста, упередженість та висловлення сумнівів у тому, що це їм «підходить» протипоказанням до проведення методики ЕТК, оскільки в таких випадках батьки можуть перервати сесію в критичні періоди «протестної» фази, що призводить до погіршення їх стосунків з дитиною та конфліктності.

Ефективність методики оцінювалась за допомогою стандартизованого опитування батьків після проведення серії занять. В аналізі представлені дані роботи



Ті дітьми віком від 3,5 до 7 років з такими медичними діагнозами, як мінімальна мозкова дисфункція, органічний психосиндром, ДЦП (у різних формах), затримка психічного розвитку, затримка мовного розвитку, дислалія, синдром рухових порушень. Загальним для всіх дітей був гіперактивний синдром з недостатньою здатністю до концентрування уваги. Після кожної серії простежувались зміни, що відбулися в поведінці дитини, її взаємодії з іншими та вербальній поведінці на основі аналізу батьківського опитування. У деяких батьків були значні проблеми продуктивного контакту з дитиною, вона «сідала їм на голову», «закочувала істерики» тощо. За даними опитування батьків, суттєве покращення у контакті з дитиною зазначили за такими показниками, що характеризують її поведінку, спостерігалось у 51 дитини (68,3%). Виражених погіршень та ускладнень після використання методики ЕТК не спостерігалось.

72% батьків відзначили зростання частоти контакту очей дитини з батьком/матір'ю за ініціативою дитини, з них 26% – значною мірою. Це є ознакою зниження рівня тривожності, страху та емоційної незрілості. 70% опитуваних помітили зниження агресивності та більш частий прояв дружельної поведінки у своїх дітей, зниження агресивності не спостерігалось у жодному випадку. 64% батьків зазначили, що їх дитина стала спокійнішою, слухнянішою, більш поступливою, з них 32% – значною мірою. У той же час 12% батьків зауважили, що їх дитина стала більш неспокійною, впертою та протестуючою. 57% опитаних відзначили, що їхні діти стали більш товариськими і комунікабельними, з них 12% – значною мірою. Жоден з опитаних не сказав, що його дитина стала більш мовчазною та замкненою. 53% батьків-респондентів зазначили, що настрій їхньої дитини став рівнішим, 5% з них – значною мірою. 14% з опитаних підкреслили, що їхні діти стали більш неврайнованими та вередливими, з них 1% – значною мірою. 37% з опитаних відзначили збільшення активного мовного запасу у своїх дітей, 34% – що діти стали активнішими та більш рухливими, з них 11% – значною мірою. 31% респондентів констатували, що діти стали веселішими, з них 5% – значною мірою.

Таким чином, застосування методики ЕТК є ефективним засобом, який впливає на взаємини батьків з дитиною, гармонізує її розвиток, суттєво зменшує негативні наслідки гіперактивності з дефіцитом функції уваги. Близько 70% батьків вказують на значне покращення поведінки дитини після проведення занять за цією методикою. Найбільш помітними при цьому є зміни у контакті дитини з оточуючим соціальним середовищем та вияв таких рис поведінки і характеру, як зосередженість, поступливість, врівноваженість, товариськість, здатність до спілкування. Одним з основних стабілізуючих факторів при застосуванні цієї методики є можливість емоційної регуляції дитиною своїх почуттів через інтенсифікацію процесу спільного спілкування з батьками. Слід зазначити, що застосування методики ЕТК має проводитись професійно підготовленим спеціалістом. Недостатня робота з мотивацією батьків стосовно застосування методики у повному обсязі та прийняття батьками своєї частки відповідальності в цьому може нівелювати її ефективність.

Перспектива подальших досліджень полягає, зокрема, у виокремленні чинників, які підвищують ефективність методики ЕТК, порівняльному аналізі її ефективності з іншими методиками психологічного супроводу дітей з гіперактивністю та дефіцитом уваги.